

EINZUGSERMÄCHTIGUNG



Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen

► SEPA-Lastschriftinzug - Bequem und bargeldlos Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64ZZZ00000494778

Ich ermächtige die deutscher patienten verlag gmbh Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der deutscher patienten verlag gmbh auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

► Persönliche Daten

Firma: _____
Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Tel.: _____
Fax: _____
E-Mail: _____

Wir benötigen Ihre vollständigen Daten um diese Einzugsermächtigung Ihrem Auftrag zuzuordnen.

► Bankverbindung

Kreditinstitut: _____
IBAN: _____
BIC: _____
Betrag in Euro: _____

Hiermit ermächtige ich die dpv deutscher patienten verlag gmbh, Elisabeth-Breuer-Str. 9, 51065 Köln den oben angegebenen Betrag von meinem Konto einzuziehen.

Datum, Unterschrift: _____